



STARDENT
CHIRURGIA I IMPLANTOLOGIA



Witamy w Stardent
All - In - One - Place

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

.....
data zwrotu towaru

DATA ZAMÓWIENIA:

NUMER FAKTURY/ PARAGONU :

IMIĘ I NAZWISKO / DANE FIRMY :

ADRES :

ADRES DOSTAWY (jeśli inny niż adres zamawiającego)

.....

PROSZĘ O ZWROT GOTÓWKI NA RACHUNEK BANKOWY

numer rachunku

.....
nazwa banku

NAZWA TOWARU	IŁOŚĆ	CENA	PRZYCZYNA ZWROTU

PROSZĘ O ODESŁANIE TOWARU NA ADRES:

STARDENT
ul. Czerwonych Maków 8
59-700 Bolesławiec

.....
.....
uwagi klienta

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

.....
data i czytelny podpis klienta